

تقاضا نامه

خواهشمند است پیش از پر کردن این تقاضانامه دستورالعمل را بخوانید
روشن بنویسید، فقط از قلم سیاه یا آبی استفاده کنید.

بخش ۱: مشخصات شخصی را که برای خودش، یا فرزند، یا بانوی باردار یا کودک زاده نشده درخواست میکند بنویسید.

1	نام خانوادگی	نام کوچک	نام میانی	تاریخ تولد / ماه روز / سال
2				
3	نشانی منزل (شماره پلاک و نام خیابان) صندوق پستی نویسید	شماره آپارتمان	تلفن منزل ()	5
4				
5				
6	شهر	کانتی	کد پستی محل کار ()	9
7				
8				
9				
10	نشانی پستی (اگر با نشانی منزل فرق دارد) یا صندوق پستی	شماره آپارتمان	تلفن پیام ()	12
11				
12				
13	شهر		کد پستی	14
14				
15A	به چه زبانی بهتر از همه صحبت میکنید؟	15B	به چه زبانی بهتر از همه صحبت میکنید؟	

ما فرزند شما یا بانوی باردار را در برنامه ای که برای آن واجد شرایط میباشد ثبت نام میکیم، چنانچه مایل نیستید در یکی از این برنامه‌ها ثبت نام کنید مریع یا مریع (های) زیر را علامت بگذارید.

گواهی ولادت نفرستید. صفحه Healthy Families را پر نکنید.

من مایل نیستم:

Medi-Cal

بخش ۲: مشخصات فرزندان زیر ۱۹ سال و / یا بانوی بارداری را که درخواست پوشش بیمه ای میکنند شرح دهید.

بانوی باردار	فرزند ۴	فرزند ۳	فرزند ۲	فرزند ۱ یا زاده نشده
<input type="checkbox"/> را علامت بگذارید	<input type="checkbox"/> را علامت بگذارید	<input type="checkbox"/> را علامت بگذارید	<input type="checkbox"/> را علامت بگذارید	<input type="checkbox"/> را علامت بگذارید
17 نام:	خانوادگی کوچک میانی			
18 نامی که در خانوادگی گواهی ولادت کوچک است:	(اگر با شماره ۱۷ میانی یکی است پیزی نویسید)			
19 چنانچه نشانی فرزند با نشانی مندرج در بخش ۱، پرسش ۳، یکی نیست نشانی کامل او را بنویسید:				
20 نسبت او با شخص نامبرده در بخش ۱				
21 جنسیت:	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن			
22 تاریخ تولد:	ماه / روز / سال			
23 محل تولد: کانتی یا ایالت، چنانچه تولد خارج از آمریکا است، نام کشور:				
24 کد قویمت:	(شاره ۲۴ دستورالعمل را نگاه کنید)			
25 تابعیت یا ملیت آمریکایی؟ اگر "خیر" لطفاً تاریخ ورود به آمریکا را بنویسید.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
26 شماره بیمه‌های اجتماعی: (سوشال سکیوریتی)	ماه / روز / سال			

شماره بیمه‌های اجتماعی برای کسانیکه درخواست Healthy Families نمیکنند، یا فقط درخواست اورژانس یا خدمات مربوط به بارداری میکنند ضروری نیست.

بخش 2: ادامه

فرزند 1
با زاده نشده

اگر زاده نشده مبلغ را عالمت پنگارید

بانوی
باردار

فرزند 4

فرزند 3

فرزند 2

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

بله خیر

نام مادر: 27 خانوادگی کوچک

آیا مادر با خانواده زندگی میکند؟

نام پدر: 28 خانوادگی کوچک

آیا پدر با خانواده زندگی میکند؟

نام همسر نوجوان یا شوهر زن باردار:
اگر در همان خانه زندگی میکنند)

بله خیر

نام مادر: 27 خانوادگی کوچک

نام پدر: 28 خانوادگی کوچک

نام بیمه: 31 آیا زن باردار یا فرزندان

نام بیمه: 32 آیا ظرف 90 روز گذشته

نام بیمه: 33 آیا فرزندان زیر 21 سال را که در این خانه زندگی میکنند، اما نامشان در بخش 2 ذکر نشده است بنویسید؛ و نسبت آنها را با شخص مندرج در پرسش 1 بخش 1 ذکر کنید.

نام بیمه: 34 آیا هیچیک از اعضای خانواده که در این خانه زندگی میکنند باردار است؟

نام بیمه: 35 آیا والدین ناتنی که در این خانه زندگی میکنند، و نامشان قبل از ذکر نشده است:

نام بیمه: 36 آیا هیچیک از افراد نامبرده در این بخش، یا والدین مذکور در بخش 2 درخواست Medi-Cal دارند؟

نسبت

نام خانوادگی، نام کوچک

نسبت

نام خانوادگی، نام کوچک

بله خیر

موعد زایمان؟

نسبت

نام خانوادگی، نام کوچک

نسبت

نام خانوادگی، نام کوچک

بله خیر

اگر بله، چه کسی؟

33

34

35

36

بخش 4: در آمد خالص (پیش از کسر مالیات) همه افراد نامبرده در پرسش‌های 17، 27، 28، 29 بخش 2 و بخش 3 را که در این خانه زندگی میکنند بنویسید. چنانچه کار آزاد دارید یا برای اثبات میزان در آمدتان از اظهارنامه مالیاتی فدرال استفاده میکنید، تنها به پرسش‌های 37، 38 و 40 در این بخش پاسخ دهید.

شخصی که در آمد دارد	منبع در آمد	چندوقت یکبار	مبلغ ناخالص	شماره بیمه‌های اجتماعی (اختیاری)
				.1
				.2
				.3
				.4

بخش 5: کسور در آمد خانواده. پاسخهای این بخش به ما کمک میکند که مبالغی را که میتوانیم از درآمد خالص خانواده شما کسر کنیم تعیین نماییم.

نوع پرداختهای خانواده شما:	نام پرداخت کننده	مبلغ پرداختی در ماه	سن	مبلغ پرداختی در ماه	مخارج مراقبت از کودک یا آفراد تحت تکفل (نام فرزند را بنویسید)	47
				.1		
				.2		
				.3		
				.4		

بخش 6: سایر پرسش‌های بیمه.

آیا کسی به نمایندگی بانوی باردار یا فرزندان متقارضی بیمه بخاطر تصادف یا آسیب دیدگی به دادگاه شکایت کرده است؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	48
آیا بانوی باردار یا فرزند درخواست پوشش Medi-Cal را به منظور پرداخت هزینه‌های پزشکی طرف 3 ماه گذشته را دارند؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	49
اگر "بلی" است، تعداد ماه (هها) را بنویسید.			
�نانچه مایل نیستید که وقتی فرزند شما واحد شرایط استفاده از برنامه Medi-Cal بی‌هزینه نباشد، تقاضانامه وی توسط Medi-Cal کم‌هزینه ارسال نشود، لطفاً در این مربع علامت بگذارید.			50

بخش 7: اطلاعاتی که ارائه آنها اختیاری است، و اجباری نیست. پاسخهای شما در تعیین واحد شرایط بودن شما تأثیری نخواهد داشت، اما به حکومت ایالتی کمک میکند که از حکومت مرکزی (فدرال) وجود بیشتری دریافت کند و هزینه برنامه‌های مراقبتی بهداشتی را پردازد.

آیا در خانواده فرزندان متقارضی بیش از یک اتومبیل هست؟	<input type="checkbox"/> خیر	51
آیا در حسنهای بانکی خانواده فرزندان متقارضی بیش از مبلغ \$3,150 هست؟	<input type="checkbox"/> خیر	52

بخش 8: امضای تأیید.

اینجانب با توجه به مقررات کیفری قوانین شهادت دروغ State of California اعلام مینمایم که پاسخهایی که در این تقاضا نامه داده‌ام، اظهاراتی که کرده‌ام و استاد و مدارکی که ارائه داده‌ام در حدود اطلاع و اعتقاد من درست و صحیح میباشند. همچنین اعلام میکنم که دستورالعمل تقاضانامه، اعلامیها و کلیه اطلاعات مندرج در آن را خوانده و مفاد آن را درک کرده‌ام.	امضا
_____	امضا شاهد _____
_____	(اگر شخص با علامت امضا کند)

بخش 9: فقط در صورتی پر کنیداگر توسط دستیار رسمی تکمیل تقاضانامه به شما کمک شده است (Certified Application Assistant-CAA).

آگر مایل هستید که اطلاعات به CAA واگذار شود به این سوال پاسخ بدهید.	54
با علامت گذاشتن این مربع و امضاء کردن در زیر، من به نماینده Medi-Cal و Healthy Families اجازه میدهم که توسط ثالث اطلاعات در مورد وضع این تقاضانامه را به نماینده ثبت نام‌نگاه سازمانی که در زیر ذکر شده است، ارائه داده شود. این مجوز در تاریخی که بر نامه نصیب نتایج واحد شرایط بودن این تقاضانامه را ارسال میدارد به انتام میرسد.	
من گواهی میکنم که در تکمیل این فرم از دستیار رسمی تکمیل تقاضانامه که در زیر ذکر شده است کمک دریافت کرده‌ام، اگر این CAA رایگان بود.	55
امضا مقاضی	
امضا CAA	

ایالت باز پرداختی را برای نهاد ثبت نام‌گذاری صادر نمیکند، مگر اینکه سوال کامل و بدرستی در زمانی که این فرم تقاضانامه ارائه داده میشود، تکمیل شده باشد.

اگر شما خودتان را برای برنامه **Healthy Families** واحد شرایط میدانید و میخواهید هم اکنون از برنامه بیمه تدرستی، دندان و چشم پزشکی استفاده کنید، این فرم را پر کنید. در غیر اینصورت، مابعداً برای گرفتن این اطلاعات با شما تماس خواهیم گرفت. برای آگاهی بیشتر به **جزوه Healthy Families** نگاه کنید، یا به نشانی ما در اینترنت، صفحه www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه کنید.



بخش A: انتخاب برنامه بیمه درمان، دندان، و چشم پزشکی.

کد/ بیمه چشم پزشکی	58	کد/ بیمه دندان	57	کد/ بیمه بهداشت	56
کد دندانپزشک / درمانگاه (اختیاری)	62	کد پزشک / درمانگاه (اختیاری)	61	نام پزشک / درمانگاه (اختیاری)	59

بخش B: پروژه پیشنهادی.

اگر در یکی از گروه های زیر هستید، یک مجموعه برنامه های بیمه تدرستی، دندان و چشم پزشکی ایالتشی هست که به شما پیشنهاد میکنند. شما میتوانید این مجموعه جدید بیمه را انتخاب کرده و کد آن را در مریع زیر بنویسید. برای یافتن شماره کد مشترک به جزوه Healthy Families مراجعه کنید. مریعهایی که واحد شرایط شما میباشد علامت بگذارید.	کد مجموعه برنامه جدید
<input type="checkbox"/> بومی آمریکا (سرخپوت) یا در مشاغل فصلی یا مهاجرتی کار میکنم: <input type="checkbox"/> کشاورزی <input type="checkbox"/> جنگل <input type="checkbox"/> شیلات	

بخش C: اظهاریه درخواستگران برنامه .Healthy Families

• من 18 سال دارم و برای خودم درخواست میدهم؛ یا من برای همه فرزنداتم که واحد شرایط برنامه Healthy Families هستند درخواست میکنم، مگر اینکه آنها قبلاً ثبت نام شده باشند.	اینچنان اعلام میکنم که برایشان درخواست داده‌ام:
• پرداخت 6 ماه حق بیمه ماهانه را میبینم، چنانچه حق بیمه را نپردازم، نام من از برنامه حذف خواهد شد و به مدت 6 ماه نمیتوانم دویاره در برنامه شرکت کنم. در اینصورت ملزم هستم که هزینه خدماتی را که در آخرین ماه پس از قطع مزایا از برنامه دریافت Healthy Families میدارم پردازم.	California است.
• به برنامه Healthy Families اجازه میدهم در مورد درآمد خوانده من، پوشش بیمه‌ای، وضعیت مهاجرت افرادی که برایشان درخواست داده‌ام، و در مورد هر نکته دیگری که در تقاضانامه نوشته شده است بررسی و بازبینی عمل آورند.	در زندان یا بیمارستان روانی نیست.
• قبول میکنم که ظرف 30 روز هر گونه تعییری که در نشانی اشخاصی که درخواست آنها در برنامه پذیرفته شده است، و نیز هرگونه تعییری که در نشانی مربوط به ارسال صورتحساب رخ دهد، برنامه را مطلع و آگاه کنم.	برای میکر Part A Medicare و Part B Part A Medicare و واحد شرایط نمیباشد.
• جزو Healthy Families را خوانده و مطالب آن را فهمیده‌ام، و میدانم که در مورد هر یک از برنامه‌های بیمه تدرستی، دندان، و چشم پزشکی و مزایای آنها چه میگوید.	عضو خانواده‌ای نیست که اعضای آن برای مزایای سیستم بهداشتی و بازنشستگی کارکنان California واحد شرایط هستند.

بخش D: اطلاعیه مربوط به محظمانه بودن اطلاعات.

قانون کاربرد اطلاعات مصوب 1977 و قانون راجع به محظمانه بودن اطلاعات، برنامه Healthy Families را مکلف میسازد که به کسانیکه از آنها درخواست اطلاعات میکند اطلاعیه زیر را بدهد:
بیمه اطلاعات شخصی و پزشکی مورد درخواست تها به منظور شناسایی امضا کننده و اداره امور برنامه بیمه مورد استفاده قرار خواهد گرفت. اصل 10 قانون 2699.6600 بخش 2699.6600 آینین نامه برنامه بیمه میدارد که همه درخواستگران، در هنگام درخواست Healthy Families اطلاعات لازم را در اختیار برنامه قرار دهند. این اطلاعات میتواند در اختیار دستگاه‌های ایالتی و محلی ذیرپر قرار داده شود، تا برای اداره امور برنامه بیمه از آنها استفاده کنند. اطلاعات (شامل اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت) راجع به اشخاصی که امضا کننده نمیباشد فقط به منظور تعیین صلاحیت آنان و اداره امور برنامه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.
قصور در ارائه اطلاعات موردنیاز ممکن است موجب بازگرداندن تقاضانامه ناقص شود.
ارائه اطلاعات زیر در تقاضانامه الزامی نیست: شماره بیمه های اجتماعی (سوشال سکوریتی)، اطلاعات مربوط به نژاد و قومیت فرد (مگر اینکه امضا کننده بومی آمریکا باشد) و کلیه مواردی که اختیاری و ارادی اعلام شده است. هر کس حق دارد به سوابق مربوط به اطلاعات شخصی خود که بوسیله هیئت بیمه درمانی ریسکهایی کنترل شده نگهداری میشود دسترسی داشته باشد. فرد مسئول نگهداری اطلاعات معاون قسمت صلاحیت و ثبت نام، هیئت بیمه درمانی ریسکهای کنترل شده Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695 میباشد.

بخش E: حل و فصل اختلافات.

هنگامی که شما در یک برنامه ثبت نام میکنید، موافقت کرده‌اید که دعاوی شما (که ممکن است شامل دعاوی مربوط به اشتباهات پزشکی هم باشد) بوسیله یک هیئت داوری بیطرف، که احکامش قطعی و لازم الاجرا خواهد بود، حل و فصل گردد. اعضاء از حق خود دائز بر داشتن هیئت ثوری یا محاکمه در دادگاه صرفنظر میکنند. جزو Healthy Families اطلاعاتی پیرامون هر برنامه و مقررات مربوط به داوری دارد. برای آگاهی بیشتر میتوانید با برنامه های خود تماس حاصل نمایید.

بخش F: امضا و تأیید.

اینچنان گواهی میکنم که اطلاعات بالا را خوانده و درک کرده‌ام. همچنین گواهی میکنم که اطلاعاتی که در این فرم داده‌ام درست و صحیح است.	امضا
_____	امضای شاهد

(در مورد کسانیکه بجای امضا علامت میگذارند)